

7.Яйца: 1 раз в неделю и реже	n,%	25	47,17%	9	40,91%
8.Рыба: реже 1 раза в неделю или не едят	n,%	23	43,4%	7	31,82%
9.Свежие фрукты/ соки: 1-2 раза в нед. и реже	n,%	3	5,66%	1	4,55 %
10.Овощи/ зелень: 1-2 раза в неделю и реже	n,%	8	15,09%	4	18,18%
11.Картофель: ежедневно или через день	n,%	32	60,38%	9	40,91%
12.Каши: 1 раз в неделю и реже	n,%	15	28,3% ▢	1	4,55%
13.Углеводы (булки, сладости и проч.): ежедневно/почти каждый день	n,%	15	28,3%	7	31,82%

Примечание: ▢ - $P < 0,05$ по сравнению с контрольной группой.

Данные Таблицы 1 свидетельствуют о незначительных различиях рационов беременных женщин в исследуемых группах. Исключение составляют лишь каши (гречневая, перловая, овсяная и проч.) – беременные на ранних сроках из I группы употребляют их гораздо реже, чем женщины контрольной группы. Можно предположить, что одной из причин угрозы самопроизвольных выкидышей в ранних сроках являются запоры как следствие вялой кишечной перистальтики, вызванной недостаточным заполнением кишечника элементами растительных волокон, содержащихся в кашах.

Кроме этого, женщины с угрозой СПВ значительно чаще указывали на непереносимость отдельных видов пищи: печень, масло, сыры (См. Табл.1).

Выводы. Наиболее значимыми факторами, приводящими к угрозе самопроизвольного прерывания беременности на ранних сроках со стороны матери, являются: 1) частые стрессовые ситуации на работе и в семье; 2) медицинские аборт в прошлом; 3) редкое (1 раз в неделю и реже) употребление в пищу крупяных каш.

Литература:

1. Лысенко, О.В. Психологическое состояние женщин, недоношенная беременность и исход для новорожденного / О.В. Лысенко, В.П. Дубова, С.В. Лысенко // Здоровье детей Беларуси : сб. матер. VII съезда педиатров Респ. Беларусь. – Минск, 1999. – С. 130–131.

2. Денисова, Т.Г. Проблемы неэффективного деторождения : моногр. / Т.Г. Денисова. – Чебоксары, 2006. – 200 с.

3. Котова, Г.Н. Состояние питания беременных женщин / Г.Н. Котова, Л.В. Белова, С.И. Савельев // Гастроэнтерология С.-Петербурга. – 2003. – № 3. – С. 84.

УДК618.15-002.2-055.2

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКИХ ВУЛЬВОВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК ДОПУБЕРТАТОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД РЕМИССИИ

Жукова Н.П., Киселева Н.И., Щитенко Ю.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Клинические проявления хронических вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста, независимо от этиологии, имеют много общего, что затрудняет их своевременную диагностику, лечение и требует проведения дальнейших исследований[1].

Цель. Изучить особенности клинической картины хронических вульвовагинитов у девочек допубертатного возраста в период ремиссии.

Материал и методы. С целью выявления клинических особенностей хронических вульвовагинитов в стадии ремиссии у девочек допубертатного возраста нами обследованы 110 девочек нейтрального возраста с данной патологией, состоящих на диспансерном учете у детского гинеколога (основная группа) и 25 практически здоровых девочек, обратившихся к гинекологу для проведения профилактического осмотра. Девочки

основной группы были разделены на три подгруппы. В I подгруппу вошли 38 девочек с хроническими вульвовагинитами на фоне хронических заболеваний мочевыводящих путей; во II – 36 девочек с хроническими вульвовагинитами на фоне аллергических заболеваний; в III – 36 девочек с хроническими вульвовагинитами на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, энтеробиоза. Средний возраст обследованных девочек I подгруппы составил 4,3 (2,5; 6,2) года, II подгруппы - 3,6 (2,8; 4,6) год, III подгруппы - 4,4 (2,9; 6,2) года, длительность заболевания – от 2,5 месяцев до 3,5 лет, от 3 месяцев до 3,2 лет и от 9 месяцев до 2,2 лет соответственно.

Результаты и обсуждение. Результаты сравнительного анализа жалоб обследованных девочек допубертатного возраста с хроническими рецидивирующими вульвовагинитами в период ремиссии представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Основные жалобы обследованных девочек допубертатного возраста с хроническими вульвовагинитами в стадии ремиссии

Жалобы	Обследованные девочки допубертатного возраста					
	I подгруппа n=38		II подгруппа n=36		III подгруппа n=36	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Зуд и жжение в области гениталий	2	5,3	3	8,3	2	5,6
Выделения из половых путей	11	28,9 p**=0,009	2	5,6	14	38,9 p*=0,36 p**<0,001
Слабость, утомляемость	3	7,9	-	-	-	-
Беспокойное поведение	2	5,3	1	2,8	3	8,3
Нарушения сна	-	-	2	5,6	2	5,6
Боли в поясничной области	1	2,6	-	-	-	-
Вздутие живота, запоры	-	-	-	-	4	11,1 p*=0,03 p**=0,04

Примечания – p – справедливость вероятной гипотезы:

1. * - при сравнении с пациентками I подгруппы;
2. ** - при сравнении с пациентками II подгруппы.

Как видно из данных, представленных в таблице 1, при хроническом вульвовагините в стадии ремиссии ведущей жалобой пациенток являлись выделения из половых путей, которые статистически значимо чаще отмечались у девочек I и III подгрупп по сравнению с девочками II подгруппы ($p=0,009$ и $p<0,001$ соответственно) и одинаково часто – у пациенток I и III подгрупп ($p=0,36$). Жалобы на зуд и жжение в области гениталий при отсутствии обострения хронического воспаления вульвы и влагалища встречались у небольшого количества девочек и одинаково часто во всех подгруппах обследованных девочек ($p>0,05$). Боли в поясничной области, слабость, утомляемость отмечали только пациентки I подгруппы, а вздутие живота, запоры – пациентки III подгруппы и статистически значимо чаще, чем пациентки I и II подгрупп ($p=0,03$ и $p=0,04$ соответственно).

При гинекологическом осмотре состояние наружных половых органов у девочек всех клинических подгрупп соответствовало возрастным нормативам. У пациенток I подгруппы при осмотре наружных половых органов статистически значимо чаще по сравнению с пациентками II и III отмечались анатомические особенности гениталий: близкое расположение наружного отверстия уретры к входу во влагалище (31,6% и 0% соответственно, $p<0,001$), зияние половой щели (15,8% и 0% соответственно, $p=0,01$), что является фактором, способствующим развитию и поддержанию воспалительного процесса вульвы и влагалища. Синехии малых половых губ, в области задней спайки одинаково

часто ($p=0,25$) встречались у пациенток I (34,2%) и II (47,2%) подгрупп и статистически значимо чаще при развитии вульвовагинита на фоне заболеваний органов мочевыделительной системы и аллергических заболеваний ($p=0,04$ и $p=0,007$ соответственно), чем при развитии вульвовагинита на фоне патологии желудочно-кишечного тракта и энтеробиоза (13,9%). В период ремиссии хронического вульвовагинита у девочек гиперемия вульвы носила очаговый характер и статистически значимо чаще выявлялась у пациенток II (30,6%) и III (25,0%) подгрупп по сравнению с пациентками I (5,3%) подгруппы ($p=0,004$ и $p=0,02$ соответственно) и одинаково часто ($p=0,60$) у пациенток с воспалительными процессами вульвы и влагалища на фоне аллергических заболеваний и заболеваний желудочно-кишечного тракта, энтеробиоза.

Бели серозного или слизистого характера при ремиссии воспалительного процесса вульвы и влагалища отмечались у пациенток всех подгрупп, но у девочек I (26,3%) и III (33,3%) подгрупп статистически значимо чаще, чем у девочек II (2,8%) подгруппы ($p=0,005$ и $p<0,001$), в то время как у пациенток I и II подгрупп – одинаково часто ($p=0,51$).

Пигментация и атрофические изменения вульвы достоверно чаще имели место у девочек с хроническими вульвовагинитами на фоне патологии органов мочевыделительной системы (21,1%) и аллергических заболеваний (33,3%), чем у девочек с хроническими вульвовагинитами на фоне заболеваний желудочно-кишечного тракта и энтеробиоза (2,8%) ($p=0,02$ и $p<0,001$). Вместе с тем данные изменения одинаково часто отмечались у пациенток I и II подгрупп ($p=0,24$).

Выводы. Таким образом, в период ремиссии хронического вульвовагинита у всех обследованных девочек отсутствовали резко выраженные признаки воспалительного процесса вульвы и влагалища.

Литература:

1. Этиологическая картина неспецифического вульвовагинита у девочек / Л.В. Адамян [и др.] // Репродукт. здоровье детей и подростков. – 2016. – № 2. – С. 39–42.

УДК 616-053.2

ЗНАЧЕНИЕ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ ДЛЯ РЕБЕНКА И ПРИЧИНЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЕГО ЧАСТОТУ

Жукова Л.И., Рябова Т.М., Зуева О.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Педиатры развитых стран мира обеспокоены сокращением распространенности и продолжительности грудного вскармливания.

Питание является одним из важнейших факторов, определяющих жизнедеятельность и уровень здоровья человека. В раннем детском возрасте значение питания многократно возрастает, так как обеспечивает не только жизнедеятельность ребенка, но его рост и развитие. Первые 24 месяца жизни ребенка являются практически таким же критическим периодом развития, как и внутриутробный период.

Грудное молоко является уникальным естественным, идеально сбалансированным продуктом питания для детей первого года жизни. На основании полученных в результате многочисленных исследований доказано, что молоко матери это живая ткань, по составу практически на 100% совпадающая с тканями новорожденного ребенка. Оно содержит все необходимые питательные вещества (белки, жиры, углеводы) витамины, микроэлементы. Грудное вскармливание оказывает благотворное влияние на здоровье человека не только в раннем возрасте, но и во всей последующей жизни. По данным ВОЗ, взрослые, получавшие в детстве материнское молоко, реже заболевают сахарным диабетом I типа, атеросклерозом, раком, болезнями крови.